

جودة الحياة والامتثال للعلاج لدى مرضى الايدز

الدكتورة: قزوي جقيقة

الأستاذ: سعيد رشيد

جامعة أبو القاسم سعد الله

المؤسسة الاستشفائية العمومية

الجزائر-2

بتيارت يوسف دمرجي

الملخص:

جاءت الدراسة الحالية للبحث في موضوع جودة الحياة والامتثال للعلاج لدى مرضى السيدا، أين اعتمدنا على المقابلة العيادية ومقياس جودة الحياة. وتمثلت مجموعة البحث في خمسة حالات مصابة بمرض الايدز. وقد انتهت الدراسة إلى أن استخلصنا أن العلاقة العلاجية مع الفريق الطبي والشبه طبي تعتبر من أهم العوامل التي تجعل المريض ذو جودة عالية.

Abstract:

The current study came to look at the topic of quality of life and treatment compliance among AIDS sufferers, where we relied on clinical interview and measure quality of life research group consisted of five cases of AIDS. The study concluded that the learned that therapeutic relationship with a medical team and medical likeness is one of the most important factors that make the patient high quality.

1- اشكالية الدراسة:

يعتبر مرض الايدز من الأمراض الفتاكة بالجهاز المناعي للإنسان، إذ يؤثر في مختلف أجهزة الجسم، وطرق انتقاله تجعله يشكل خوف وقلق لدى عامة الناس بمختلف ثقافتهم ومستوياتهم العلمية، خاصة وأن العلم لا يزال عاجزاً عن كشف الدواء الشافي له. إضافة إلى الأمراض العضوية التي يسببها كالسل وفقر الدم وغيرها من الأمراض الأخرى.

كل هذه العوامل قد تدفع بالمصاب إلى عدم الامتثال للعلاج، هذا الأخير الذي قد يعود بالمثل إلى الحالة النفسية للمصاب.

ويشكل الامتثال للعلاج إحدى المشكلات التي تواجه المتخصصين في الصحة، خاصة بالنسبة للأفراد الذين يعانون من أمراض مزمنة أو الاضطرابات النفسية الحادة... إذ أن أغلبهم لا يتبعون التوصيات المتعلقة بالعلاج. وقد اعتبرت منظمة الصحة العالمية أن سلوك عدم الامتثال للعلاج لدى الراشد في العلاج البعيد المدى في تزايد مستمر في العالم، إذ أن نسبة الأفراد الملتزمين بالعلاج لا تتعدى 50% وتنخفض هذه النسبة في العالم النامي (حدار، 2008، ص 47-48).

كما يرى كل من باري وكريسي BARRY.M.M et GOOBY أن مفهوم جودة الحياة في المجال الطبي يستخدم كأحد المعايير لتقييم أثر عملية العلاج وفعاليتها وإعادة الاستقرار إلى حياة الفرد بعد العلاج.

ويرى جود (1994) أن جودة الحياة نتاج لتفاعلات فريدة بين الفرد والمواقف الحياتية الخاصة، وعرفها بأنها درجة استمتاع الفرد بإمكانياته الهامة في حياته، أو بصورة أخرى إلى أي حد يرى الفرد حياته جيدة. ويضيف جود أن البعض يرى أن جودة الحياة مفهوم يعكس مواقف الحياة المرغوبة لدى الفرد في ثلاثة مجالات رئيسية للحياة هي: الحياة الأسرية والمجتمعية، المهنة أو العمل والصحة (هاشم، 2001، ص 129).

من هذا المنطلق جاءت الدراسة الحالية للبحث في موضوع جودة الحياة والامتثال للعلاج لدى مرضى السيدا من خلال الإجابة على التساؤلات التالية:

- 1- هل تؤثر جودة الحياة في الامتثال للعلاج لدى مرضى الايدز؟
- 2- ما هي العوامل التي تساهم في رفع مستوى جودة الحياة لدى مرضى الايدز؟
- 3- ما هي العوامل التي تساهل في امتثال مرضى الايدز للعلاج؟

2- المفاهيم الأساسية:

2-1- جودة الحياة :

يعد مفهوم جودة الحياة من المفاهيم المهمة من الناحية النفسية، نظراً للدور الذي يقوم به هذا المفهوم في تكوين الشخصية الإنسانية. ومدى تأثيره على جوانب الفرد المختلفة من قدرات عقلية وجسمية ومهارات اجتماعية، ومدى نظرة الفرد للحياة التي يعيشها ومدى رضا الفرد عن حياته.

وتعرف جودة الحياة بأنها درجة إحساس الفرد بالتحسن المستمر لجوانب شخصيته في الأبعاد النفسية، والعقلية، والاجتماعية، والثقافية، والرياضية، والدينية، والجسمية، والتنسيق بينها، مع تهيئة المناخ المزاجي والانفعالي المناسبين للعمل والانجاز. وهي مؤشر للتوافق النفسي، كما تعبر عنه بالسعادة والرضا عن الحياة كنتاج لظروف المعيشة الحياتية للأفراد وعن الإدراك الذاتي للحياة. حيث ترتبط جودة الحياة بالإدراك الذاتي للحياة، لكون هذا الإدراك يؤثر على تقييم الفرد للجوانب الموضوعية للحياة كالتعليم والعمل ومستوى المعيشة والعلاقات الاجتماعية من ناحية، وأهمية هذه الموضوعات بالنسبة للفرد في وقت معين وظروف معينة من ناحية أخرى (العجبي، 2015، ص 14).

في حين تعتبر منظمة اليونسكو نوعية الحياة مفهوماً شاملاً يضم كل جوانب الحياة كما يدركها الأفراد، وهو يتسع ليشمل الإشباع المادي للحاجات الأساسية والإشباع المعنوي الذي يحقق التوافق النفسي للفرد عند تحقيقه لذاته. وعلى ذلك فجودة الحياة لها ظروف موضوعية ومكونات ذاتية. ولقد ارتبط هذا المفهوم منذ البداية بسعي المجتمعات الصناعية نحو التنمية والارتقاء بمتطلبات الأفراد، عن طريق تحقيق الوفرة الاقتصادية لمواجهة إشاعات الأفراد وتطلعاتهم وطموحاتهم (بخش، د ت، ص 08). أما التعريف الإجرائي لهذا المفهوم فيتمثل في الدرجة الكلية التي يتحصل عليها المبحوث على مقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية (1996).

2-2- الامتثال للعلاج:

يعرف جاكين وسيفن الامتثال للعلاج بأنه معرفة درجة التلاؤم بين الوصفة الطبية (حمية، أدوية، والفحص...) وتطبيقها من طرف العميل (Jacqun et al, 2007, p 90). كما بينه باترسون دي PatersonDi آخرون 2000 بالارتباط العلاجي للبالغين، والذي يقدر بـ 95% من الارتباط بالدواء الموصوف له (Chappuy et al, 2005, p 94). ومن خلال ما سبق يظهر أن الامتثال للعلاج هو معيار اتباع المريض لتعليمات الطبيب المعالج، ومن احترام النظام الدوائي والانصياع للعلاج، والالتزام بكل ما يتعلق بالمريض وسبل العلاج.

أما التعريف الاجرائي فيتمثل في مدى اتباع مرضى السيدا للتعاليم العلاجية والالتزام بمتابعته.

3- دراسات سابقة:

3-1- دراسة تايلور Taylor وآخرون 2002: حيث تناولت العوامل التي تؤثر في التزام مرضى ضغط الدم. أين تم إجراء مسح لعينة من 102 مريض أمريكي مصاب بارتفاع ضغط الدم في جامعة ميتشغان ومراكز وعيادات ضغط الدم، باستعمال أسئلة عبر الهاتف لتقييم تصورات المرضى، والضبط المدرك، والالتزام المرضى. وقد أسفرت النتائج أن معظم المرضى ملتزمين بالعلاج (67,70%) ، وتم إيجاد علاقة عكسية بين الضغط المدرك والالتزام بالعلاج، إذ أنه كلما تصور المريض حول السيطرة على ارتفاع ضغط الدم أكبر كلما كان الالتزام بالدواء أقل (Taylor et al, 2002, p 04).

3-2- دراسة بهلول سارة أشواق: هدفت الدراسة إلى الكشف عن طبيعة العلاقة التي تربط بين متغيري جودة الحياة المتعلقة بالصحة والمعتقدات الصحية التعويضية وبين سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة (التدخين، الكحول، سلوك قيادة السيارات، وقلة النشاط البدني) لدى عينة قصديه مكونة من 103 فرد كلهم سائقين ذكور. ولقد تم استخدام المقاييس الخاصة بهذه المتغيرات والمستخلصة من سلم جودة الحياة المتعلقة بالصحة المترجم من اللغة الفرنسية إلى اللغة العربية من طرف الباحثة، وسلم المعتقدات الصحية التعويضية المترجم كذلك من اللغة الفرنسية إلى اللغة العربية من طرف الباحثة، وكذا استبيان سلوك قيادة السيارات من اعداد الباحثة، واستبيان سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة المعد من طرفها أيضاً.

ولقد انتهت الدراسة إلى عدم وجود علاقة إرتباطية دالة إحصائياً بين جودة الحياة وكل من سلوك التدخين، وسلوك شرب الكحول، وسلوك قيادة السيارات، وسلوك قلة النشاط البدني. كما بينت عدم وجود علاقة إرتباطية دالة إحصائياً بين المعتقدات الصحية وبين سلوك التدخين وسلوك شرب الكحول، وسلوك قيادة السيارات، في حين سجلت وجود العلاقة بين المعتقدات الصحية وسلوك قلة النشاط البدني (أشواق، 2009: ب 2).

3-3- دراسة الصوفي عبد الله (2010): تحدثت الدراسة عن مرض الإيدز في الوطن العربي وأسباب انتشاره في الوطن العربي وبالأخص الأردن، واعتمد الباحث على مناهج متعددة المنهج الوصفي والمنهج التحليلي لتحليل الاستبيان الموزع على عينة من طلاب جامعة البلقاء التطبيقية. وكانت نتائج البحث أن نقص الوازع الديني للشباب هو أهم

الأسباب، وأن المرض ينتشر بين الشباب بطريقة العدوى ونقص الوعي للشباب عن خطورة هذا المرض، وشملت الاستطلاعات أن نقص الوعي يعود إلى نقص التوعية من قبل الدولة. وانتهت الدراسة عدة توصيات:

- توصية الجهات المختصة بضرورة زيادة الوعي للشباب قبل خروجهم للدراسة.
- ضرورة الفحص الدوري للشباب.
- زيادة المحاضرات الدينية في الدولة بخصوص هذا الموضوع (الصوفي، 2010، ص 5
- 4-3- دراسة محمد علي (2003): هدفت الدراسة إلى معرفة سبب انتشار مرض الإيدز في الوطن العربي، وعمل مقارنة بين الوطن العربي والعالم. وقد تبينت النتائج أن عدد الإصابات في الوطن العربي تقدر بحوالي 470 ألف وتبلغ نسبة الانتشار على مستوى العالم 1.6 %، وكانت عدد الوفيات في عام 2003 135 ألف إلى 50 ألف. وتعود أهم أسباب انتشاره في الوطن العربي إلى نقص الرعاية الصحية للدولة الفقيرة، واستند الباحث على الإحصائيات الموجودة بمنظمات الدول العربية. وقد تم الاعتماد المنهج التحليلي. وبه خلصت الدراسة إلى عدة توصيات منها:
- زيادة الاهتمام بالرعاية الصحية.
- السعي لتخفيف مدة النسب بحملات التوعية.
- محاولة فصل الأشخاص المصابين عن الأشخاص السليمين.
- ما يظهر من الدراسات السابقة عدم التمكن من الباحثان إيجاد دراسات سابقة تنطبق على موضوع الدراسة الحالية. وما تم عرضه أعلاه، هي أكثرها دراسات عن مدى انتشار مرض الإيدز في الوطن العربي.

4- المنهج:

اعتمدنا في الدراسة الحالية على المنهج العيادي (الإكلينيكي) الذي يعتبر الأسلوب الأمثل للدراسات العيادية، حيث يعد أحد المناهج المهمة والأساسية في مجال الدراسات النفسية. ولقد تم الاعتماد عليه لكونه المنهج الملائم لطبيعة فرضيات وموضوع الدراسة من جهة ولفردانية الحالات من جهة أخرى. حيث أن المنهج الإكلينيكي هو الدراسة العميقة لحالة فردية بصرف النظر عن انتمائها إلى السوية أو اللاسوية (سويلم، 2001، ص 126).

5- مجموعة الدراسة:

تمثلت مجموعة الدراسة في خمس حالات تم اختيارها بطريقة قصدية، وفق الشروط التالية:

- أن يكون المبحوث مصاباً بمرض الإيدز.
 - أن يوافق المبحوث لفظياً على المشاركة في البحث.
 - أن يكون المبحوث على دراية بالمرض، أي تم إعلان المرض للحالة.
 - أن يكون المبحوث في حالة صحية تسمح لنا بإجراء المقابلة.
- وتتمثل خصائص هذه الحالات في الجدول التالي:

جدول رقم (01): خصائص مجموعة الدراسة:

الحالات	السن	الجنس	مدة الإصابة
الأولى	45	أنثى	3 سنوات
الثانية	35	أنثى	5 سنوات
الثالثة	25	أنثى	6 أشهر
الرابعة	33	ذكر	4 سنوات
الخامسة	52	أنثى	4 سنوات

يظهر من جدول خصائص المجموعة أن الحالات معزّمة إناث فقط الحالة الرابعة، يتراوح أعمارهم ما بين 25 سنة و 52 سنة. بينما فيما يخص مدة الإصابة فقط سجلنا حالة واحدة وهي الثالثة التي تمثلت مدة إصابتها في 6 أشهر، بينما الحالات المتبقية يتراوح مدة الإصابة بين 3 و 5 سنوات.

6- أدوات الدراسة:

1-6- المقابلة العيادية: وهي محادثة بين القائم بالمقابلة وبين شخص آخر أو عدة أشخاص (صابر وآخر، 2002، ص 141)، حيث اعتمدنا في بحثنا على تقنية المقابلة نصف موجهة معتمدين على محاور تشمل البيانات العامة، تاريخ المرض، الامتثال للعلاج، وكل من الحياة العلائقية والمستقبلية.

2-6- مقياس جودة الحياة (الصورة المختصرة): وضع هذا المقياس منظمة الصحة العالمية (1996) ليقدم بروفيل مختصر عن مستوى الجودة السائد في حياة الفرد. وهو يتكون من (26) بند، يتضمن بندين (1 و 2) لجودة الحياة العامة وللصحة العامة، و(24) بند موزعة على أربعة أبعاد هي: الصحة الجسمية، الصحة النفسية، العلاقات

الاجتماعية والبيئة. وقد تم إعداد الصورة العربية من قبل الباحثة بشرى إسماعيل أحمد. وقد تحققت الباحثة من ثبات الأداء بإعادة الاختبار حيث كان معامل الارتباط بين التطبيقين هو (0.79).

7- نتائج الدراسة:

7-1- عرض الحالات:

الحالة الأولى: جدول رقم (02): نتائج الحالة الأولى في مقياس جودة الحياة.

البعد	الدرجة	المستوى
الصحة العامة	7	متوسط
الصحة الجسمية	29	مرتفع
الصحة النفسية	23	متوسط
العلاقات الاجتماعية	12	متوسط
البيئة	34	مرتفع

من خلال الجدول رقم (01) يتبين لنا أن الدرجة الكبرى سجلت في بعد البيئة التي تقدر بـ (34) وذلك لأن الحالة للأبأس بها ما جعلها تتمتع بالبيئة المحيطة بها، ثم تليها الصحة الجسمية والمقدرة بدرجة (29)، حيث كان ذلك نتيجة إتباعها للمواعيد الطبية، وأخذ جرعات الدواء بصفة منتظمة، وأيضاً العلاقة الإيجابية مع الطاقم الطبي. ثم تليها الصحة النفسية والمقدرة بدرجة (23) ما كان نتيجة الدعم النفسي والاجتماعي المقدم للحالة على الرغم من عدم المحافظة على مواعيد النفساني. ومن ثم العلاقات الاجتماعية والمقدرة بدرجة (12) وهذا لخوف الحالة وتفكيرها السلبي بأن المحيطين بها على دراية بمرضها لكن سلوكياتها الهستيرية تجعلها مثيرة للانتباه، ما يؤكد ممارستها لعلاقات جنسية (غير شرعية). وفي الأخير نجد درجة الصحة العامة والمتمثلة في (7)، ما يمكن تبريره لبعده المصلحة المتخصصة في الأمراض المعدية، وكذا التصورات الاجتماعية للصحة العامة على أنها متدهورة.

الحالة الثانية: جدول رقم (03): نتائج الحالة الثانية في مقياس جودة الحياة.

البعد	الدرجة	المستوى
الصحة العامة	6	متوسط
الصحة الجسمية	17	متوسط
الصحة النفسية	22	متوسط
العلاقات الاجتماعية	3	منخفض
البيئة	18	منخفض

يتبين مما سبق، أن الصحة النفسية مقدرة بـ (22)، ومن خلال سير المقابلة يظهر أن الحالة بالرغم من قدرتها على التعرف على المشاعر والتعبير عنها، إلا أنه ليس لها أي شعور بالسعادة والراحة النفسية، فقد لوحظ الحزن والاكتئاب وخاصة الشعور بالذنب والانتقام في قولها (... كيما نقلوا ليا المرض أقوم بنقله، مخموش فيا علاه...). ثم تلمح البيئة والمقدرة بدرجة (18) وهذا نتيجة العلاقة المحدودة مع البيئة خاصة العائلية من إنكارهم للمرض، إذ ليس لديها القدرة على إقامة العلاقة بكل ما يحيط بها. وبعدها سجلنا درجة الصحة الجسمية بـ (17) وهذا ما تبين أيضاً من الحالة الصحية المتدهورة بعدم أخذ الدواء والامتناع للعلاج بصفة منتظمة، وأيضاً عدم قدرتها على القيام بوظائف الجسم الديناميكية، وإصابتها بالنعافة، ما يدل على ظهور أعراض مرض جد متقدمة حسب ما أقرت به الطيبة المختصة، والتي أكدت على ارتفاع نسبة الفيروس في الجسم. بينما درجة بعد الصحة العامة مقدرة بـ (6)، وذلك لعدم قدرة الحالة على تحقيق الاكتفاء على جميع مستويات الحياة، نتيجة لعدم تواجد دخل معين لها، وكذا نظرتها السلبية للصحة. وأخيراً نجد بعد العلاقات الاجتماعية بأخفض درجة وهي (03)، ما يدل على عدم القدرة على إقامة العلاقات الاجتماعية مع الآخرين، بسبب تقدم المرض وقلة الاتصال مع الآخرين، فالمؤشرات الاجتماعية المحدودة للحالة توحى بفقر العلاقات الاجتماعية إلا في إطار محدود جداً وهو الحصول على نقود مقابل علاقات جنسية.

الحالة الثالثة:

جدول رقم (04): نتائج الحالة الثالثة في مقياس جودة الحياة.

المستوى	الدرجة	البعد
متوسط	6	الصحة العامة
متوسط	20	الصحة الجسمية
متوسط	17	الصحة النفسية
متوسط	9	العلاقات الاجتماعية
متوسط	27	البيئة

يتضح أن درجة الحالة في بعد البيئة المقدرة بـ (27) وذلك ما يؤكد تحقيق نسبي للتوافق مع البيئة المحيطة بها، مثلاً عدم إتمام الدراسة. ومن بعدها الصحة الجسمية المقدرة بـ (20) لأن الوضع الصحي لأنيا لا بأس به، وكذا عدم ظهور أي أعراض نتيجة التشخيص

المبكر، إلا أنها تعاني من بعض الأعراض الجانبية للدواء. تلها الصحة النفسية المقدرة بـ (17) التي تبين وجود قدرة التعرف على المشاعر والتعبير عنها من خلال بعض المؤشرات الملاحظة في المقابلة، كالتوتر وعدم الشعور بالسعادة والرضا مع ضبط الإنفعالات. ثم نجد العلاقات الاجتماعية مقدرة بـ (09) وهو ما سجل أيضاً في نوع من عدم الاستقرار النسبي للعلاقات الخارجية والتواصل القليل مع المحيطين بها، خشية معرفة مرض، إلا أنه قد تبين تمتع الحالة بتواصل أسري ومساندة من قبل الإخوة، هذا ما يبين استقرار العلاقة الأسرية للحالة من خلال السند المقدم لها. وفي الأخير الصحة العامة التي قدرت بـ (06) ذلك ما يمكن تفسيره بتنقل الحالة المتكرر إلى مصلحة المتخصصة في الأمراض المعدية بالعاصمة، وكذا عدم الاستقرار المادي الذي يصعب عليها العيش لمواجهة الحياة.

الحالة الرابعة:

جدول رقم (04): نتائج الحالة الرابعة في مقياس جودة الحياة.

المستوى	الدرجة	البعد
متوسط	6	الصحة العامة
منخفض	13	الصحة الجسمية
متوسط	22	الصحة النفسية
منخفض	7	العلاقات الاجتماعية
منخفض	12	البيئة

من خلال الجدول رقم (04) يتضح لنا أن الحالة ذات صحة نفسية مقدرة بدرجة (22) وذلك ما سجل أيضاً بوجود اتزان انفعالي للحالة خلال المقابلة وبالأخص عند حديث الحالة عن تاريخ المرضي. بعدها نجد الصحة الجسمية التي كانت درجتها (13)، وحسب ما ذكرت الحالة أنها سابقاً كانت مقبولة، خاصة كونها تقوم بعملها اليومي بصفة عادية. لكن الطبية المختصة في الأمراض المعدية قد أكدت على أن الحالة الصحية لها ليست جيدة نوعاً ما نتيجة لإجهاد الحالة في الأعمال الشاقة (البناء في بعض المرات). أما في بعد البيئة فسجلنا درجة (12) ما يبين أن الحالة ذات علاقة اجتماعية لا بأس بها، خاصة من جانب الاستقرار المادي والرضا عن العمل الذي يقوم به. وهذا الأخير يعد عامل أساسي لتحقيق نسبي لجودة الحياة للحالة وعائلتها. وبعدها في العلاقات الاجتماعية فقد كانت الدرجة (07)، حيث استخلصنا من خلال المقابلة أن

الحالة ذات اتصال نسبي وحدود خارجية، إلا بعض العلاقات العائلية التي تكاد أن تنعدم خشية السؤال عن المرض. وأخيراً الصحة العامة المقدرة بدرجة (6) وذلك يمكن أن يكون نتيجة التدهور التدريجي الملاحظ من الناحية البيولوجية والطبية للحالة، لعدم الامتثال للعلاج بصفة مستمرة، وأيضاً التصور العام للحالة للوضع الصحي والصحة العامة من خلال المعاش.

الحالة الخامسة:

جدول رقم (06): نتائج الحالة الخامسة في مقياس جودة الحياة.

المستوى	الدرجة	البعد
منخفض	3	الصحة العامة
متوسط	21	الصحة الجسمية
متوسط	21	الصحة النفسية
منخفض	6	العلاقات الاجتماعية
منخفض	14	البيئة

من خلال الجدول أعلاه يتضح أن هناك تعادل بين درجتي الصحة الجسمية والصحة النفسية والمقدرة بـ (21) وهذا ما لوحظ على الحالة من خلال المقابلة، إذ تبين أن لديها ضبط انفعالي في بعض المواقف، مع أن هناك تنفيس انفعالي لها، مثلاً عند الحديث عن طلاق أو الزوجة الثانية بكت، لكن تعاني من ضغط نفسي نتيجة الصراع الزوجي. أما في الصحة الجسمية فالحالة لا بأس بها عيادياً، فليس هناك أعراض توجي إلى تقدم المرض، إلا أنها تعاني من فقدان الشهية الناتج عن التوتر، وبعض المرات إسهال نتيجة لعدم تناول الأدوية الخاصة بالفيروس لمدة ثلاثة أو أربع أشهر الأخيرة.

أما بالنسبة للبيئة المقدرة درجتها بـ (14)، وهذا نتيجة الظروف الأسرية فهناك محدودية للاتصال بالمحيط الخارجي، وعدم القدرة على تكوين علاقات شخصية بالمحيطين "شوه سمعتي بين الناس". وأخيراً سجلنا العلاقات الاجتماعية بدرجة (06) خاصة العائلية، فالحالة تحد منها خشية اكتشاف طبيعة المرض، وتبين لنا ذلك من خلال الكذب على الإخوة على أنها مصابة بمرض "سرطان الدم"، و أيضاً حسب تصريحها "راني ما بين أربع حيطان" ونتيجة عدم تنقلها إلى المصلحة المتخصصة للأمراض المعدية، مما استخلصنا أن هناك تبعية الحالة للبت الكبرى لمعرفتها، وما جعل العلاقات الاجتماعية محدودة.

2-7- خلاصة عامة:

من خلال نتائج المقابلات العيادية مع الحالات المصابة بمرض فقدان المناعة المكتسبة، وتطبيق مقياس جودة الحياة على الحالات الخمس، لوحظ بأن لها نفس التصور للصحة العامة وذلك نتيجة للمفهوم الثقافي للصحة والمرض، وأيضاً من خلال المعاش أو الواقع. حيث سجلنا تنقل المرضى إلى الولايات الأخرى من أجل الحصول على الدواء، وعجز المؤسسات العمومية على تقديم ذلك، هذا ما سبب للحالات نوع من الإجهاد النفسي والجسدي، وبالأخص أن لديهم نقص في المناعة النفسية والجسمية، من أجل مقاومة الظروف والصعوبات والصراعات النفسية والضغط الممارسة من قبل المحيط. فالمريض دوماً في حالة لا استقرار وذلك لطبيعة المرض والتصور الاجتماعي له على أنه مرض ناتج عن علاقات غير شرعية. وهذا هو السبب الأساسي لمعظم الحالات، لكن نسعى للعمل على الرفع من نوعية الحياة لهذا النوع من المرضى، ومعاملتهم كباقي المرضى. وذلك من خلال العمل المشترك بين الهيئات لشرح وتحسيس المجتمع بالمرض لمحاولة الحد منه. وهذا قد بينت دراسة الصوفي أن غياب الوازع الديني لدى الشباب هو السبب الرئيسي للمرض. في حين بينت دراسة محمد علي أن نقص الرعاية الصحية في الدول الفقيرة هي السبب الرئيسي للانتشار.

وعليه تؤثر جودة الحياة في الامتثال للعلاج لدى مرضي الايدز، حيث تبين لنا من خلال أدوات البحث المستخدمة أن لجودة الحياة تأثير في الامتثال للعلاج لدى مرضي الايدز، وهذا ما لوحظ من خلال مجموعة البحث، إذ أن جودة الحياة إما منخفضة أو متوسطة في أغلب الأحيان، هذا ما يجعل امتثال المريض للعلاج صعب، وذلك راجع إما للظروف الاقتصادية كالبطالة... وأيضاً للظروف العائلية، وأغلب مرات صحية نتيجة عدم تناول الدواء في الوقت المحدد هذا ما لوحظ من خلال انقطاع الحالات عن الطبيب المعالج لمدة معينة، بالإضافة إلى نقص الرعاية الصحية وهذا يعود لتنقل المريض من ولاية إلى أخرى من أجل العلاج.

في حين أن العوامل التي تساهم في رفع مستوي جودة الحياة لدى مريض للايدز، فقد استخلصنا أن العلاقة العلاجية مع الفريق الطبي والشبه طبي، هي من أهم العوامل التي تجعل مريض ذو جودة عالية، لكن هذا ما لوحظ هو عند لجوء المرضى إلى المستشفى

جامعي هناك تناوب الأطباء ما قد يشعر مريض بنوع من القلق واللاستقرار، وبالتالي تدني مستوي جودة الحياة. كما سجلنا أن العلاقة العائلية من العوامل التي تساهم في تحسين جودة الحياة لدى المرضى، من خلال تقبلهم للمرض وتقديم المساعدة والرعاية والدعم النفسي الاجتماعي من قبل الأسرة.

في حين يظهر أن العوامل التي تساهم في الامتثال للعلاج حسب حالات البحث، على الرغم من انقطاعهم في بعض المرات، إلا أن وجود الدواء على الرغم من إدراكهم بأنه لا يقضي على المرض إلا أنه سجلنا لديهم نوع من الأمل في الحياة، وأيضاً من خلال الجلسات النفسية التي يسيروها النفسياني. كما أن فهم المريض لمرضه وشرح مبسط له يجعله يتفادى مضاعفات أو انعكاسات عند عدم تناوله للدواء وكذا التعليمات عندما تكون مبسطة من قبل الطبيب المعالج.

قائمة المراجع:

- بخش، أميرة طه. (د ت). جودة الحياة وعلاقتها بمفهوم الذات لدى المعاقين بصرياً والعاديين بالمملكة العربية السعودية، جامعة أم القرى، مكة المكرمة.
- حدار، عبد العزيز (2008) التحالف العلاجي قبل الامتثال العلاجي، المحددات والنماذج النظرية، مجلة الدراسات النفسية والتربوية، منشورات جامعة البليدة، العدد 03.
- سويلم، كرمين محمد حسن. (2001). دينامية العلاقة بين إدراك الصور الوالدية والبناء النفسي لدى الأبناء غير الشرعيين، (دراسة إكلينيكية مقارنة)، رسالة ماجستير، علم النفس، جامعة عين الشمس، القاهرة، منشورة.
- الضامن، منذر عبد الحميد وحسن، عبد الحميد سعيد. (2006). وقائع قدوة علم النفس وجودة الحياة، قيم العمل ودورها في جودة الحياة لدى طلبة السلطان قابوس، أيام 19/17 ديسمبر 2006 جامعة السلطان قابوس.
- عبد الحليم، أشرف محمد. (2010). قلق المستقبل وعلاقته بمعنى الحياة والضغط النفسية لدى عينة من الشباب، المؤتمر السنوي الخامس عشر، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس.
- نعيسة، رغداء علي. (2012). جودة الحياة لدى طلبة جامعتي دمشق وتشرين، مجلة جامعة دمشق، المجلد 28، العدد 01.
- هاشم، سامي محمد موسى. (2006). جودة الحياة لدى المعوقين جسمياً والمسنين وطلاب الجامعة، مجلة الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، العدد 13.
- صابر، فاطمة عوض وخفاجة، مبرقت علي. (2002). أسس البحث العلمي، مكتبة ومطبعة الأشعة الفنية، الاسكندرية.

Jaun et Livinem .(2008). Difficultés d'observance dans les maladies chroniques à l'adolescence comprendre pour agir.